

口友会 ・ 正会員入会申込書

					※受付No.	
					※受付日	年 月 日
※G- ()					※入会日	年 月 日
ふりがな					続柄	父・母
申込者氏名						本人
ふりがな		男・女	第 () 子	子供(本人)	西暦で	
子供(本人)氏名			本人	生年月日	年 月 日	
ふりがな						
ご住所	〒 (-)					
電話番号	()	F	A	X	()	
症 状	該当するものに○印を付けて下さい。					
	口唇裂・・・	有り	両側	片側 (右・左)	無し	
	顎裂・・・	有り	両側	片側 (右・左)	無し	
	口蓋裂・・・	有り				
口唇裂病院名	病院		科		先生	
顎裂病院名	病院		科		先生	
口蓋裂病院名	病院		科		先生	
修正、言語、矯正などの病院名・科名など						
重複する他の疾病がありますか？						
口友会を何でお知りになりましたか？						
(通信欄) 現在、一番困っていることや会への要望などがある方は、どんな事でもご記入下さい。(裏面もご利用下さい)						
※同封資料	※機関紙	※発送日	※入力	※確認		

※印の欄は口友会で記入しますので記入しないでください。